



의료 연장 보고서

MEDICAL EXTENSION REPORT

만기일:

날짜

반송지:

사건 번호

의료 연장 혜택 일

- 귀하는 위에 적혀진 날짜에 따라 의료연장 혜택을 받습니다. 만일 귀하가 아래에 요구하는 내용을 보고한다면 귀하는 추가로 6개월의 의료혜택을 더 받을 수 있습니다. 성인 가족 구성원들은 두 번째의 6개월 의료연장 혜택을 계속 받기 위해 할증금을 지불해야 합니다.
- 의료연장 혜택을 계속 받기 위해서, 귀하는 아래에 요구하는 내용을 반드시 보고해야 합니다.

귀하가 수입이 없었거나 또는 고용과 관련된 자녀양육 비용을 받지 못한 달의 네모 칸에 "0"를 기입하십시오.

	월/년	월/년	월/년
근로 소득(부모 양측)			
고용과 관련된 자녀양육 비용			
FOR OFFICE USE ONLY	TOTAL	TOTAL	TOTAL
			ADJUSTED MONTHLY GROSS ÷ 3 =

그 밖의 다른 사람이 자녀양육 비용에 도움을 줍니까? 예 아니오

만일 있다면, 누가? _____ 월 금액 \$ _____

자녀가 귀하와 함께 살고 있습니까? 예 아니오 만일 그렇지 않다면, 자녀가 마지막으로
집을 떠난 날짜를 기입하십시오. _____

귀하 또는 귀하 가정의 일원 중에서 새로운 것 또는 이전에 이 부서에 보고되지 않은 의료보험 혜택을 현재 받고 있습니까?

예 아니오

귀하 가정의 성인 일원이 임신 했습니까? 예 아니오

중요

요구되는 날짜

내용을 이 날짜까지 보고 하십시오.

혜택이 중단되는 날짜

의료연장 혜택의 만료에 대한 내용은 뒷면을 참고하십시오.

의료 연장의 만료
MEDICAL EXTENSION TERMINATIONS

귀하의 의료연장 혜택은 만료될 것이며 귀하의 보험은 끝날 것입니다. 만일:

- 귀하가 귀하의 네 번째 또는 연장기간의 일곱번째 달의 21일까지 이 양식의 앞면에 있는 내용을 제출하지 않을 경우.
- 귀하가 다른 주로 이사할 경우,
- 귀하의 가족 구성원 중에 부양 자녀가 없을 경우, 또는
- 귀하에게 요구되는 할증금을 지급하지 않을 경우

만일 귀하가 이 양식에 관해 질문이 있다면, 이 양식의 앞면에 기재된 사회봉사부의 재정 담당자에게